



*DEPARTMENT OF VERMONT HEALTH ACCESS*  
**Health Care Programs  
Handbook**



# Table des Matières

Table des Matière.....	2
Bienvenue à votre Programme Green Mountain Care.....	5
Les Nons du programme .....	5
Votre Carte Green Mountain Care.....	6
Soins de Santé et Orientations.....	6
Prestataire de Soins Primaires (PCP).....	6
Les Soins après les Heures Normales.....	6
Les Spécialistes.....	6
Si Votre Médecin N'Accepte pas Green Mountain Care.....	7
Les Temps d'Attente pour lesRendez-Vous.....	7
La Durée du Trajet.....	7
Les Examens Réguliers.....	8
Les Services.....	8
Ce que Votre Programme Couvre (Les Services que Vous pouvez recevoir) .....	8
Ce que votre programme ne couvre pas .....	9
Recevoir les services couverts par Medicaid et les programmes de Dr Dynasaur (exception).....	9
Autorisation Préalable.....	10
Equipement Médical Durable (EMD).....	10
Les Médicaments et Autorisation Préalabe.....	11
Urgences .....	12
Quand vous Devez Payer.....	13
Si Vous Recevez une Facture.....	13
Si Vous avez une Autre Assurance.....	13
Médicaid et Dr. Dynasaur.....	13
Les Services Couverts par Médicaid et Dr. Dynasaur.....	14

Les Copaiements pour Medicaid.....	16
Les Primes.....	16
Le Programme de Soins Primaire Plus (PC Plus) .....	16
Les Soins Dispensés par Medicaid et Dr. Dynasaur.....	16
Changer Votre Prestataire De Soins Primaires (PDSP) / (PCP).....	16
Un Spécialiste comme Prestataire de soins Primaire (PDSP) / (PCP).....	17
Se Désinscrire.....	17
Vos droits et vos Responsabilités.....	17
Vous avez le Droit de.....	17
Vous avez la reponsabilité de Prendre Soins de votre Santé en: .....	18
Les Testaments de vie et les Directives Péalable.....	18
Le Don D’Organe.....	19
Partager des Informations avec votre Prestataire de Soins Primairesn (PDSP) / (PCP).....	20
Avis de Practique de Confidentialité.....	20
Le Programme D’Assurance de qualité.....	20
Lorsque Vous n’êtes pas d’accord avec un Action .....	21
Fair Appel.....	21
L’Audience Equitable.....	22
Poursuite des Avantages.....	23
Les Griefs.....	23
Besoin d’Aide? .....	24
Le Centre d’Assistance aux Clients du Vermont Health Connect et Green Mountain Care.....	24
Le Bureau des Promoteurs des Soins de Santé (HCA).....	25
Informations Complémentaires .....	25
Les Autres Programmes.....	25
Les Services de Jour pou Adultes .....	25
Le Programme de Services d’Auxilaire.....	26
Les Services Intégrés pour Enfants (SIPE) /(CIS).....	26

Les Services Intégrés pour Enfants – Intervention Précoce (SIPE–IP) .....	26
Les Services de Soins Personels pour Enfants.....	26
Les Cliniques pour Enfants avec des besoins de Santé Spéciaux (CEBSS) / (CSHN).....	26
Les Choix de Soins.....	26
Les Services de Déficience Développementale.....	27
Le Programme d’Assistance Financière.....	27
Le Financemant Souple pour les Familles.....	27
Le Recours a la Haute Technologie pour les Soins a Domicile.....	27
Les Cliniques Spéciaux.....	28
Les services Spéciaux.....	28
Le Programme de Recours a la Haute Technologie pour Soins Pédiatriques à Domicile....	28
Le Programme de Détection et d’Invention Auditives Précoces du Vermont .....	28
La Santé Mentale.....	28
Les Services de consultation Externe pour Adultes.....	29
Les Services pour Enfants, Adolescents et Familles.....	29
La Réhabilitation et Traitement Communautaires.....	29
Le Services des Urgences.....	29
Le programme pour Lésions raumatiques au Cerveau.....	29
Le Programme pour Femmes, Nourrissons et Enfants (WIC).....	30
Attention! Si vous avez Besoin D’Informations dans votre Langue, appelez le 1-800-250-8427.....	31

Juillet 2019

# Bienvenue à Votre Programme Green Mountain Care

La première partie de ce livret contient des informations qui s'appliquent à tous vos programmes de santé. Les sections qui suivent donnent des informations sur le programme de votre choix.

Si vous ne savez pas à quel programme vous appartenez, ou si vous avez des questions, contactez le Centre d'Assistance aux Clients de Vermont Health Connect & Green Mountain Care au 1-800-250-8427.

Appelez du lundi au vendredi, de 08:00 heures à 17:00 heures (Fermé les jours fériés). Vous trouverez aussi ce numéro au verso de votre carte Green Mountain Care.

Green Mountain Care encourage les prestataires à offrir à tous les membres, des services médicalement nécessaires couverts et n'encourage pas les médecins à limiter, refuser ou restreindre des services médicalement nécessaires couverts. Green Mountain Care n'exercera pas de discrimination à votre égard sur la base de conditions interdites au niveau fédéral. Pour plus d'informations disponibles sur Green Mountain Care Programs, veuillez appeler le Centre d'Assistance aux Clients au 1-800-250-8427

Si vous souhaitez résilier votre couverture Green Mountain Care, appelez le Centre d'Assistance aux Clients du Vermont Health Connect and Green Mountain Care au 1-800-250-8427. Pour résilier votre couverture par écrit, veuillez expédier votre demande à :

DCF/Economic Services Division  
ADPC  
103 South Main Street  
Waterbury, VT 05671-1500

## Les Noms du Programme

- Medicaid un programme de soins de santé pour enfants, parents, prestataires de soins, les personnes âgées, les personnes handicapées qui répondent aux directives du programme et certains adultes sans enfant qui remplissent certaines conditions d'éligibilité. Medicaid pour des soins de longue durée est disponible pour les personnes qui remplissent les critères médicaux (tels que déterminés par le Département des Personnes handicapées, des Personnes âgées et Vie en autonomie) et les critères de revenu et de ressource.

Dr. Dynasaur est un programme spécial du Medicaid pour enfants âgés au plus de 19 ans et les femmes enceintes.

## **Votre Carte Green Mountain Care**

Votre carte d'Identification vous sera expédiée à votre domicile. Veuillez la monter quand vous vous présentez pour des soins médicaux. Si vous ne recevez pas votre nouvelle carte au bout d'un mois après la réception de ce livret, ou si vous perdez votre carte appelez le Centre d'Assistance aux Clients au 1-800-250-8427 et faites la demande pour une nouvelle. Si vous avez une autre assurance présentez les deux cartes à votre prestataire.

## **Les Soins de Santé et Orientations**

### **Les Prestataires de Soins Primaires (PCP)**

Le mot « primaire » signifie premier. Votre PCP est celui que appelez en premier en cas de besoin de soins médicaux. Votre PCP offrira la plupart de vos soins médicaux et organisera avec vous les soins de spécialiste dont vous avez besoin.

Si vous avez un nouveau PCP demandez à votre ancien PCP de lui faire parvenir vos dossiers médicaux. Appelez votre nouveau PCP pour lui signifier que vos dossiers médicaux lui parviendront. Il est important que votre nouveau PCP ait en sa possession vos dossiers médicaux.

### **Les Soins après les Heures Normales**

Essayez de voir votre PCP pendant les heures normales en cas de problèmes médicaux. Si vous avez un problème médical urgent pendant les heures de fermeture du bureau de votre Prestataire de Soins Primaire (PCP), vous pouvez appeler le bureau de votre PCP pour demander de l'aide ou des conseils.

Le bureau de votre PCP aura une personne de disponible 24 heures par jour, sept jours par semaine pour vous venir en aide. Référez-vous à la page 11 de ce livret pour plus d'information concernant les soins urgents.

### **Les Spécialistes**

Un spécialiste est une personne qui a reçu une formation supplémentaire et qui travaille sur des problèmes de santé d'un certain ordre. Par exemple si vous avez des problèmes cardiaques, votre PCP peut vous arranger un rendez-vous avec un spécialiste du cœur. Ceci est une "Recommandation". Dans la plupart des cas, vous devez voir votre PCP avant de vous rendre chez un spécialiste. Votre PCP peut vous aider à décider si vous avez besoin d'un spécialiste et vous aider à choisir celui qu'il vous faut. Si vous n'obtenez pas de recommandation de votre PCP avant de vous y rendre, vous pourriez vous-même payer la visite. Si vous devez vous rendre chez un spécialiste plusieurs fois, vous pouvez demander à votre PCP une recommandation pour autant de visites que nécessaires.

## **Si votre Médecin n' Accepte pas Green Mountain Care**

Si présentement vous voyez un prestataire qui n'est pas dans votre programme, vous pourriez continuer à voir ce prestataire sur une période de 60 jours au plus après votre enrôlement dans le programme. Ceci ne peut avoir lieu que si:

- Vous avez une maladie qui met votre vie en danger, **ou**
- Vous avez une maladie invalidante ou dégénérative, **ou**
- Vous êtes enceinte de plus de trois mois **et**
- Le prestataire accepte les taux du programme, et d'en suivre les règles.

Pour organiser une extension de 60 jours, ou pour vous informer sur les recommandations et les prestataires dans vos programmes, appeler le Centre d'Assistance aux Clients au 1-800-250-8427. Vous pouvez aussi savoir quels sont les prestataires qui acceptent Green Mountain Care en allant sur le site [vtmedicaid.com](http://vtmedicaid.com), en cliquant sur Provider Look-up. Les prestataires listés comme "out of network (hors réseau) peuvent ne pas accepter l'assurance Green Mountain Care.

Tout prestataire que vous voyez doit accepter Green Mountain Care. S'ils ne le font pas, ils ne seront pas payés par Green Mountain Care pour vous avoir soigné et vous devrez payer les services de soin. Si vous avez une assurance qui peut payer tout ou une partie des soins, votre prestataire doit accepter les deux régimes d'assurance.

## **Temps d' Attente pour les Rendez-vous**

Lorsque vous appelez le bureau de votre PCP, vous devriez prendre un rendez-vous:

- Dans les 24 heures si vous avez un problème qui pourrait mettre votre vie en danger si vous rester sans soin pendant 24 heures,
- Dans 14 jours pour des problèmes mineurs, et
- Dans 90 jours pour des soins préventifs (tels que des examens physiques/réguliers annuels).

Dans la plupart des cas, vous ne devriez pas attendre plus d'une heure de temps pour un rendez-vous au bureau de votre prestataire. Souvenez-vous que si vous ne pouvez pas honorer un rendez-vous, il est de votre responsabilité de téléphoner pour annuler ou reprogrammer le rendez-vous.

Si vous avez un problème qui représente une menace sérieuse s'il n'est pas traité immédiatement, rendez vous au centre d'urgence le plus proche. Appeler votre PCP aussi tôt que possible après votre visite au centre d'urgence.

## **Durée du Trajet**

Nous essayons de nous assurer d'avoir pour vous des prestataires dans ces intervalles de durée de trajet :

- 30 minutes jusqu'au Prestataire de Soins Primaires (PCP),
- 30 minutes jusqu'aux hôpitaux,

- 60 minutes pour des soins tels que laboratoires, radiographie, pharmacie, optométricien, psychiatrie en interne, IRM et des services de réhabilitation médicale en interne.

## Examens Réguliers

Il est toujours mieux de prévenir les problèmes de santé avant qu'ils ne commencent. Une façon de faire ceci est d'effectuer des examens réguliers avec votre PCP. Votre médecin peut vous aider à décider de la fréquence de vos examens. Renseignez-vous auprès de votre prestataire de soin primaire sur les évaluations de votre état de santé basé sur votre âge et les facteurs de risque individuels.



Le Vermont Department of Health donne des conseils sur les examens. Pour plus d'informations, appelez le Vermont Department of Health au 1-800-464-4343, ou rendez vous sur le site [www.healthvermont.gov](http://www.healthvermont.gov).

## Les Services

### Ce que votre Programme Couvre (Les Services que vous pouvez recevoir)

La plupart des programmes de Green Mountain Care couvre les visites au prestataire/spécialiste, soins hospitaliers, ordonnances et beaucoup d'autres services avec des règles et des limites. Pour savoir ce que votre programme couvre, voyez des pages 12 à 14.

### Qu'est-ce-que le EPSDT?

Le EPSDT est le Medicaid et Dr. Dynasaur pour les enfants et les jeunes de moins de 21 ans. Il essaye de conserver le plus en bonne santé. Le **EPSDT** signifie : Traitement Diagnostic Dépistage Périodique Précoce. Il devrait :

- Découvrir tôt les problèmes qui commencent à la naissance
- Evaluer l'état de santé de l'enfant à des périodes fixes régulières
- Utiliser des analyses d'examen pour découvrir tout problème.
- Faire des analyse de suivi si des problèmes sont découverts et
- Traiter tout problème de santé découvert

### Comment Fonctionne le EPSDT

EPSDT est une loi fédérale. Elle dit que l'Etat doit payer pour tout service de soins médicalement nécessaire. **Médicalement nécessaire** signifie que c'est pour ce problème de santé ; **Et** c'est ce

que la plupart des médecins feraient pour traiter le problème. Il s'acquitte des frais qui ne couvrent pas les adultes. Certains services doivent être d'abord approuvés par une procédure d'autorisation préalable.

### **Le EPSDT Couvre**

- Les examens réguliers
- Les analyses pour savoir comment l'enfant grandit et apprend
- Les injections
- Les examens oculaires
- Les examens auditifs
- Les analyses pour détecter l'empoisonnement au plomb
- Les visites dentaires
- L'assistance conseil

### **A quelle Fréquence l'Enfant passe-t-il un Examen Médical?**

Il y a une liste d'examen médicaux que les enfants et les adolescents doivent passer chaque année. Pour voir la liste, cliquez sur [HERE \(ICI\)](#). Cliquez sur [HERE \(ICI\)](#) pour voir la liste des examens dentaires.

### **Le EPSDT ne prend pas en charge:**

- Les Services ou les éléments qui ne sont pas pris en compte par les lois fédérales du Medicaid (Section 1905(a) de la loi sur la Sécurité Sociale).
- Les soins expérimentaux qui ne sont pas sûrs ou qui ne fonctionnent pas.
- Les services ou les éléments à coût élevé s'il existe une alternative moins chère.
- Les services qui ne sont pas médicaux.

Pour plus d'information, visitez le site [www.greenmountaincare.org](http://www.greenmountaincare.org) ou appelez le 1-800-250-8427

### **Ce que Votre Programme ne Couvre pas**

- Les accidents du travail qui ne devraient pas être pris en compte par l'Assurance Accident,
- Les coûts des services ordonnés par le tribunal à moins qu'ils ne soient médicalement nécessaires,
- Les services qui sont expérimentaux ou du cadre d'une enquête,
- Les services cosmétiques (les services pour améliorer votre apparence),
- Les services qui ne sont pas médicalement nécessaires,
- Acupuncture, acupressing, ou massage thérapeutique,
- Les traitements de fertilisation (les services qui vous aident à tomber enceinte),
- Les adhésions aux clubs de santé et,
- Les soins dans un pays étranger.

## **Recevoir les Services Couverts par les Programmes Medicaid et Dr. Dynasaur**

### **Exceptions**

Lorsqu'un service n'est pas couvert par Medicaid pour les adultes âgés de 21 ans et plus, vous pouvez demander que le service soit couvert pour vous. Le Centre d'Assistance aux Clients peut vous aider à soumettre votre demande. Vous et votre prestataire auront à fournir des informations au Department of Vermont Health Access sur le service et pourquoi vous en avez besoin. Tous les services médicalement nécessaires sont couverts par le EPSDT pour toute personne âgée de moins de 21 ans. Si un service n'est pas sur la liste comme élément à couvrir, votre prestataire doit demander son approbation par une autorisation préalable.

Pour plus d'informations sur cette procédure, ou pour demander une exception, appeler le Centre d'Assistance aux Clients. Vous pouvez trouver les formulaires en ligne sur le site [www.greenmountaincare.org/member-information/forms](http://www.greenmountaincare.org/member-information/forms)

### **L'Autorisation Préalable**

Green Mountain Care travaille avec des médecins, des infirmiers/infirmières et d'autres professionnels pour s'assurer que le soin de santé que vous recevez est médicalement nécessaire. Certains services et les médicaments doivent être approuvés avant que vous ne les receviez. Ceci est une autorisation préalable. Vos prestataires savent quels sont ces services et médicaments et ils vous établiront une autorisation préalable.

Les décisions concernant l'autorisation préalable sont prises dans les trois jours qui suivent la réception des informations dont nous avons besoin.

### **L'Équipement Médical Durable (DME)**

L'Équipement Médical Durable (DME) est ce que vous pouvez utiliser pour vous faciliter la vie malgré votre condition. Les chaises roulantes et les lits d'hôpitaux sont des exemples de DME.

#### **J'ai Medicaid et j'ai besoin de DME. Comment en avoir?**

##### **1. Votre prestataire va vous recommander à un évaluateur pour une analyse.**

- La plupart des évaluateurs sont de physiothérapeutes et des ergothérapeutes. L'évaluateur va mettre sur pied une évaluation avec vous. Vous pourriez attendre pour l'évaluation si l'évaluateur est très occupé. Vous pourriez attendre si le fournisseur a besoin de vous aider à essayer l'équipement. Le fournisseur du DME est la société qui fournit l'équipement.
- *Note: Si le DME dont vous avez besoin est simple, vous pourriez ne pas avoir besoin d'une évaluation. Si votre prestataire dit que vous n'avez pas besoin d'évaluation passez au paragraphe 2.*

- L'évaluateur décidera du genre de DME dont vous avez besoin et faire parvenir un formulaire d'évaluation à votre prestataire.

## **2. Vous recevrez une ordonnance de votre prestataire.**

- Votre prestataire signera le formulaire d'évaluation et fera parvenir une ordonnance au fournisseur de DME

## **3. Le fournisseur de DME devra demander à Medicaid une autorisation préalable.**

*Si vous n'avez pas besoin d'une autorisation préalable passez au paragraphe 5.*

- Si vous avez besoin d'une autorisation préalable pour le DME, le fournisseur fera parvenir à Medicaid des informations sur vous et le DME dont vous avez besoin. L'autorisation préalable signifie que Medicaid doit être d'accord avant que vous ne receviez l'équipement.
- Un examinateur Clinique va examiner les informations vous concernant. L'examineur décidera si l'équipement répond à un besoin médical
- L'examineur Clinique pourrait avoir besoin de plus d'informations pour décider si vous avez un besoin médical pour l'équipement. Si l'examineur a besoin de plus d'informations, Medicaid demandera au fournisseur du DME de les lui faire parvenir. Le fournisseur doit envoyer les informations dans 12 jours. Lorsque Medicaid a toute les informations, l'examineur doit prendre une décision dans un délai de 3 jours ouvrables.
- Si le DME fait partie d'une visite Médicale à Domicile vous aurez à faire une visite avec votre prestataire la première fois que la commande pour le DME est passée.

## **4. Medicaid vous fera parvenir un Avis de décision**

- Medicaid vous fera connaître la décision en vous faisant parvenir une lettre appelée Avis de Décision. Medicaid enverra aussi une lettre à votre prestataire et au fournisseur du DME. Dans le Vermont, le Department of Vermont Health Access (DVHA) gère Medicaid, par conséquent les lettres seront émises par le DVHA.

## **5. Le fournisseur du DME vous obtiendra le DME.**

Si Medicaid approuve, le fournisseur du DME vous donnera le DME ou passera la commande pour vous.

Si Medicaid N'approuve Pas, vous pouvez faire appel de la décision. Pour faire appel, appeler le Centre d'Assistance aux Clients au 1-800-250-8427. Medicaid a fait beaucoup d'effort pour raccourcir la durée de temps nécessaire pour approuver une demande de DME dans le Vermont. Pour des chaises roulantes complexes, il faut 9 jours. Ce qui est plus court que la durée de temps requis pour Medicaid. C'est aussi plus court que la moyenne nationale. Si vous avez Medicaid et Medicare ou un autre régime d'assurance, la procédure peut être plus longue.

## Les Médicaments et l' autorisation Préalable

Green Mountain Care, tout comme les autres compagnies d'assurance, travaille afin d'offrir une couverture de santé de qualité à un coût abordable. Dans le but d'amoinrir les coûts, Green Mountain Care demande aux prestataires de prescrire des médicaments à partir d'une liste de médicaments recommandés. Certains médicaments sur la Liste des Médicaments Recommandés sont des médicaments génériques et coûtent moins chers. Ils ont les mêmes effets que les médicaments plus chers qui font l'objet de publicité de la part des sociétés pharmaceutiques. Les prestataires devraient prescrire et les pharmaciens devraient délivrer des médicaments les moins chers équivalents, qui sont médicalement appropriés. Si vous refusez la substitution, votre programme Green Mountain Care peut ne pas prendre ce médicament non recommandé en charge.

Les médicaments pour certains traitements de longue durée doivent vous être livrés en stocks pour une période de 90 jours. Ces médicaments sont utilisés régulièrement pour contrôler certains problèmes de santé. Ils dépendent de la situation de la personne et comprennent, mais ne sont pas limités aux médicaments pour contrôler l'hypertension, le cholestérol et le diabète. Les premières prises du médicament peuvent se faire sur une période plus courte, le temps que vous et votre prestataire décident s'il vous convient. Vous recevrez plus tard, un stock pour une période de 90 jours.

Si votre prestataire pense qu'il vous faut un médicament non recommandé ou qui ne devrait pas être livré en stock de 90 jours, Il ou elle peut demander l'autorisation afin que nous prenions ce médicament en charge. Si vous aimeriez avoir une copie de la liste des médicaments recommandés ou la liste des médicaments qui exigent un stock de 90 jours, appeler le Centre d'Assistance aux Clients ou rendez vous sur le site <http://dvha.vermont.gov/for-providers/preferred-drug-list-clinical-criteria>.

## Les Urgences

Une urgence est une maladie soudaine et inattendue, une condition médicale, une condition de santé mentale avec des symptômes qui selon vous pourraient être une menace sérieuse pour votre santé ou votre vie, si vous ne recevez pas immédiatement une intervention médicale. En voici des exemples, mais les urgences ne se limitent pas seulement à cette liste.

- Les douleurs à la poitrine
- La fractures des os
- Les troubles convulsifs ou les crises
- Les saignements important
- Les brûlures très graves
- Les douleurs intenses
- Les crises de santé mentale

Les services de Post-urgence pour s'assurer que votre santé est stable après une urgence sont aussi couverts.

Les services médicaux d'urgence tels que les points de suture, les radiographies, les opérations chirurgicales ou d'autres procédures médicales sont aussi couverts.

Si vous avez une urgence, appelez le 911 ou rendez-vous immédiatement aux urgences les plus proches ou à l'hôpital pour des soins d'urgence. Vous n'avez pas besoin de recommandation de la part de votre PCP pour des soins d'urgence. Informez-en votre PCP dès que possible.

S'il vous faut des soins d'urgence lorsque vous êtes en dehors de l'état ou sans emploi, Green Mountain Care mettra tout en œuvre pour contacter votre prestataire afin que nous prenions la facture en charge. Veuillez signaler toute information et facture reçus au Centre d'Assistance aux clients au 1-800-250-8427.

Veillez noter que Green Mountain Care ne peut pas garantir que les prestataires en dehors de l'état ou en dehors du réseau acceptant votre assurance Green Mountain Care et il se peut que vous ayez à prendre vous-même les services en charge.

## Quand vous devez payer

Si vous ne suivez pas les règles du programme, vous pourriez vous même supporter les charges des services. Voici des exemples de cas où ceci peut arriver:

- S'il vous faut une recommandation ou une autorisation préalable que vous n'avez pas obtenu avant le service,
- Si vous choisissez de vous rendre chez un prestataire qui n'accepte pas Green Mountain Care,
- Si votre prestataire vous informe que le service n'est pas couvert et que vous décidez tout de même de recevoir le service.

Veillez observer les règles du programme si vous ne voulez pas recevoir des factures pour vos soins médicaux.

### **Si vous recevez une facture**

Si vous observez les règles de votre programme, vous ne devriez pas recevoir de facture médicale pour les services couverts, à l'exception de co-paiements que vous pourriez avoir.

Si vous recevez une facture veuillez procéder comme suit:

- Veuillez ouvrir la facture immédiatement,
- Appeler le prestataire et assurez-vous qu'ils savent que vous êtes membre de Green Mountain Care, et
- Appeler le Centre d'Assistance aux Clients pour une aide.

## Si vous avez une autre Assurance

Si vous avez une autre assurance, vous devez observer les règles de l'autre régime d'assurance. Votre prestataire facturera votre assurance en premier. Et nos programmes pourraient prendre en charge ce qui n'est pas couvert par l'autre assurance.

Nos programmes ne peuvent payer que les prestataires. Si vous payez pour un service, nous ne pouvons pas vous rembourser.

## Medicaid et Dr. Dynasaur

La table ci-dessous indique les services couverts par Medicaid et Dr. Dynasaur. Vous devriez prendre contact avec votre prestataire de soins primaires d'abord avant de prendre rendez-vous pour des services qui exigent une recommandation. Votre prestataire devrait contacter Provider Services pour s'assurer que le service est couvert pour vous avant qu'il ou elle ne fournisse le service. Si vous avez une question concernant un service qui n'est pas sur la liste, appeler le Centre d'Assistance aux Clients.

<b>Les services couverts par Medicaid ou Dr. Dynasaur</b>
<b>Le traitement de l'Alcoolisme et de la Toxicomanie</b>
<b>Ambulance</b> Il n'y a pas de recommandation nécessaire pour des urgences qui menacent la vie. Veuillez en parler à votre PCP dès que possible .
<b>Le Contrôle des naissances/la Planification familiale</b> Comprend des méthodes de contrôle des naissances, le conseil. Vous pourriez vous rendre chez votre PCP, un gynécologue, ou Planned Parenthood
<b>Les Services Chiropratiques</b> les manipulations vertébrales uniquement. Une autorisation préalable pour plus de dix visites par année civile et pour les enfants de moins de 12 ans. Il est exigé pour les enfants de moins de 5 ans, une documentation de nécessité médicale de la part de leur médecin de soins primaires.
<b>Dentaire</b> Les avantages pour les adultes sont limités en termes de coût pour chaque année civile. Il n'y a pas de limite en termes de coût pour les enfants, les femmes enceintes ou de 60 jours post-partum
<b>Les Services couverts par Medicaid ou Dr. Dynasaur</b>
<b>Les Prothèses dentaires</b> Couverts pour les membres de moins de 21 ans.

<b>Les produits pour diabétiques et l'assistance conseil</b> Ordonnance requise.
<b>Les visites de médecins</b>
<b>Les services d'urgence</b> Pas de recommandation requise pour les urgences qui menacent la vie. Appelez le 911 ou rendez-vous immédiatement au centre d'urgence.
<b>Les Examens des yeux (Routine)</b> Le traitement des maladies d'yeux et des blessures aux yeux requièrent une recommandation.
<b>Les Lunettes</b> Couvert pour les membres de moins de 21 ans.
<b>Le Gynécologue (Santé de la femme)</b>
<b>Les Appareils auditifs</b>
<b>Les Services de santé à domicile</b>
<b>L'Hospice</b>
<b>Les Vaccinations</b>
<b>L'Hospitalisation</b>
<b>Les Examens de laboratoire</b>
<b>Les Soins maternels (Obstétrique) y compris des infirmiers et sages femmes certifiées</b>
<b>Les Matériels et articles médicaux</b> Une ordonnance ou recommandation peuvent être requises. Voir la page 8.
<b>Les Services de santé mentale</b> Voir la page 24 pour plus d'informations.
<b>Les Médecins Naturopathes</b> Requière une recommandation si le naturopathe n'est pas votre PCP
<b>Ergothérapie, Thérapie physique ou orthophonie</b>
<b>Le Traitement ambulatoire</b>
<b>Les Médicaments en vente libre</b> Ordonnance requise.
<b>Les Examens médicaux</b> Lorsque pratiqué par le Prestataire de Soins Primaires.
<b>La Podologie</b> Uniquement les soins de pieds inhabituels.
<b>Les Médicaments sur ordonnance</b> Ordonnance requise. Certains médicaments requièrent une autorisation préalable. Les patients qui sont éligibles pour Medicare et Medicaid doivent se faire enregistrer dans un régime de médicament sur ordonnance de Medicare Part D (PDP) pour une couverture ordonnance.
<b>Les Prothèses</b> Ordonnance ou autorisation préalable peuvent être requises.

La Radiothérapie et la chimiothérapie
---------------------------------------

<b>Les services couverts par Medicaid ou Dr. Dynasaur</b>
---

Les Examens de routine
------------------------

Les Produits de désaccoutumance au tabac Ordonnance requise.
---

La chirurgie
--------------

Le Transport
--------------

Allez sur le site:

[http://www.greenmountaincare.org/health\\_plans/medicaid#More](http://www.greenmountaincare.org/health_plans/medicaid#More)  
[Information](#) or Appeler le Customer Support Center au  
1-800-250-8427.

Les Rayons X
--------------

## Les copaiements pour Medicaid

- Les patients Medicaid payent \$3 pour chaque visite chez le dentiste.
- Les Patients Medicaid payent \$1, \$2 ou \$3 pour les ordonnances.
- Les patients Medicaid payent \$3 par jour par hôpital pour les consultations externes.

Certain services offerts dans un bureau à l'extérieur de l'hôpital sont des services externes. Veuillez demander à votre prestataire si un service sera facturé comme soins ambulatoire. Si c'est le cas, votre déductible sera de \$3.

La plupart des enfants, femmes enceintes et les personnes dans les hospices ne doivent pas payer de déductible. Les personnes dans les programmes de traitement du cancer des seins et du col de l'utérus sont exempt de déductible.

Vous ne devez pas payer de déductible pour:

- Les services préventifs
- Les services et les produits pour la planification familiale
- Les services d'urgence
- Les services liés aux agressions sexuelles

## Les Primes

Certains membres de Dr. Dynasaur pourraient payer une prime mensuelle. Le montant par ménage dépend des revenus, de la taille, et du statut de l'assurance santé de la famille.

Lorsque vous recevez votre première facture, il est important de la payer immédiatement afin que votre couverture commence. Afin de ne pas perdre votre couverture continuer de payer à temps. En cas de perte de votre facture, appeler le Centre d'Assistance aux Clients pour savoir combien vous devez et comment vous devez payer.

# Le Programme Primary Care Plus (*PC Plus*)

## **Les Soins Dispensés par Medicaid ou Dr. Dynasaur**

Les membres de Medicaid et Dr. Dynasaur qui ne possèdent pas d'autre assurance doivent souscrire à *PC Plus* pour continuer avoir une couverture. Appelez le Customer Support Center ou réexpédier le formulaire d'inscription *PC Plus*, lorsque vous en recevez.

Les membres de Medicaid et de Dr. Dynasaur qui ont souscrit à *PC Plus* peuvent choisir un PCP qui se trouve au plus à 30 minutes de leur lieu de travail ou de leur domicile. S'il n'y a pas au moins deux PCP à 30 minutes au plus, ils ne sont pas obligés de souscrire à *PC Plus*. Il vous sera aussi demandé de choisir un dentiste pour tout enfant de votre ménage de moins de 18 ans. Les prestataires de *PC Plus* sont payés pour aider à prodiguer les soins des membres. Ils ne reçoivent pas d'incitations financières pour réduire ou limiter les soins aux membres.

## **Changer Votre Prestataire de Soins Primaire (PCP)**

Vous pouvez contacter à tout moment le Centre d'Assistance aux Clients pour changer de PCP. Le changement commencera le 1er du mois après la demande.

## **Un Spécialiste comme Prestataire de Soins Primaire (PCP)**

Si vous avez une condition de santé, une maladie, ou un handicap menaçant votre vie et qui exige des soins à long terme, vous pouvez prendre votre spécialiste comme PCP. Le spécialiste doit être d'accord, et vous avez besoin de l'approbation du directeur médical du Department of Vermont Health Access (DVHA).

Si vous avez des questions concernant le PC Plus, changer de PCP, ou utiliser un spécialiste comme PCP, appeler le Centre d'Assistance aux Clients.

Vous pouvez rechercher les médecins qui acceptent Green Mountain Care et Primary Care Plus sur le site [www.vtmedicaid.com](http://www.vtmedicaid.com) et cliquer sur Provider Look-up.

## **La Désinscription**

La désinscription signifie qu'une personne est retirée de PC Plus. Si vous êtes désinscrit de *PC Plus* et avez des questions, appelez le Centre d'Assistance aux Clients.

Vous serez retiré de *PC Plus* s'il arrive une des choses ci-dessous:

- Vous souscrivez à une assurance privée;
- Vous vous enrôlez dans Medicare;
- Vous rentrez dans un hospice ou avez une dérogation pour des soins à domicile.
- Vous avez Medicaid ou Dr. Dynasaur et vous aménagez ailleurs dans l'état où vous n'avez pas le choix entre au moins deux PCPs qui font partie de *PC Plus* (à moins que vous ne décidiez de rester tout de même dans *PC Plus*).
- Pour continuer avec votre *PC Plus*, il faut toujours:
  - » Coopérer et être courtois, ne jamais menacer ;
  - » Coopérer avec le traitement que vous et votre médecin avez choisi d'un commun accord ;

- » Présentez-vous à vos rendez-vous;
- » Appeler toujours avant pour annuler un rendez-vous.

Si vous n'êtes plus sur *PC Plus*, vous serez remis sur Medicaid si vous êtes éligible.

## Vos Droits et Responsabilités

### Vous avez le droit de

- D'être traité avec respect et courtoisie,
- Etre traité avec attention ,
- Choisir et changer de prestataire,
- Recevoir des informations sur les services de votre programme et sur vos prestataires,
- Recevoir des informations complètes et récentes sur votre santé en des termes que vous pouvez comprendre,
- Prendre part aux décisions concernant vos soins médicaux, y compris avoir des réponses à vos questions, et le droit de refuser un traitement,
- Demander et recevoir une copie de vos dossiers médicaux, demander qu'on y apporte des changements lorsque vous pensez qu'ils contiennent des informations fausses,
- Prendre une seconde opinion d'un prestataire qualifié qui fait partie de Vermont Medicaid,
- Discuter de vos préoccupations sur votre programme ou vos soins médicaux. (voir la page 20 pour plus d'informations),
- Etre libre de toute forme de retenu ou de confinement utilisés comme moyens d'intimidation, de discipline, de condescendance ou de représailles, et
- Faire appel si vous faites l'objet d'un refus de service auquel vous pensez avoir besoin. Voir la page 19 pour plus d'informations.

### Vous avez la Responsabilité de prendre soin de votre Santé en:

- Informant votre prestataire de vos symptômes et votre historique de santé ;
- Posant des questions quand vous avez besoin de plus d'informations ou lorsque vous ne comprenez pas un point ;
- Suivant le traitement selon le plan tel qu'établi par vous et votre prestataire ;
- Respectant vos rendez-vous ou appelant lorsque vous avez un empêchement ;
- Apprenant plus sur les règles de votre programme afin d'utiliser au mieux les services que vous recevez;
- Vous vous Assurant d'avoir des recommandations de votre PCP (quand vous en avez besoin) avant de voir d'autres prestataires ;
- Payant les primes et les déductibles lorsque requis;
- Appelant pour annuler ou reporter un rendez-vous si vous ne pouvez pas l'honorer.

## Testament de Vie et Directives Préalables

Voici un résumé général de la loi du Vermont Advance Directive (au Title 18, Chapter 231) et ce que cela signifie pour un patient :

Une “directive préalable” est un document écrit qui peut indiquer qui vous choisissez pour agir en votre nom, qui est votre prestataire de soin primaire, et vos instructions sur vos désirs de soins de santé et vos objectifs de traitement. Il peut être une procuration durable pour des soins de santé ou un document de soin terminal. Les directives préalables sont gratuites.

Un adulte peut utiliser une directive préalable pour nommer une ou plusieurs personnes ou suppléants qui ont l'autorité de prendre des décisions concernant les soins de santé en son nom. Vous pouvez décrire le niveau d'autorité que détient cette personne, quel type de soins vous voulez ou pas, et indiquer comment vous souhaitez que les questions personnelles vous concernant soit pris en charge, tels que les organisations de funérailles. La directive préalable peut être aussi utilisée pour désigner une ou plusieurs personnes pour servir de tuteur si besoin en est, ou pour identifier les personnes qui ne doivent pas prendre de décision selon vous.

Si votre condition indique que vous ne pouvez pas vous occuper de votre propre santé, et qu'il ne s'agit pas d'une urgence, les prestataires de soins de santé ne peuvent pas vous offrir de soins sans au préalable savoir si vous avez une directive préalable. Les prestataires de soins de santé qui savent que vous avez une directive préalable doivent suivre les instructions de la personne qui a le pouvoir de prendre les décisions concernant vos soins de santé ou suivre les instructions dans la directive préalable.

Un prestataire de soins de santé peut refuser de suivre les instructions dans votre directive préalable en se basant sur un conflit moral, éthique ou autre avec les instructions. Cependant, si un prestataire de soins de santé refuse, il doit vous le dire, si possible, à celui que vous avez désigné pour agir en votre nom au sujet du conflit; aider à transférer vos soins à un autre prestataire qui accepte d'honorer les instructions ; de continuer à dispenser les soins jusqu'à ce que l'on trouve un nouveau prestataire qui accepte de fournir les services et note dans vos dossiers médicaux le conflit, les mesures prises pour résoudre le conflit et la résolution du conflit.

Chaque prestataire, institution de soins et lieu de résidence devront mettre en œuvre des protocoles pour s'assurer que les directives préalables de tous les patients sont tenues de façon à suivre strictement toutes les lois et règlements.

Vous pouvez appeler la Division of Licensing and Protection au 1-800-564-1612 ou rendez vous en ligne pour porter plainte contre toute personne qui ne suit pas la loi. Vous pouvez soumettre une plainte par écrit à :

Division of Licensing and Protection  
103 South Main Street, Ladd Hall  
Waterbury, VT 05671

Vous pouvez obtenir des informations sur la loi de l'état, les directives préalables et les testaments de vie en appelant le Vermont Ethics Network au 802-828-2909, ou en vous rendant sur le site [www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org).

Le Title 18 est disponible sur <http://legislature.vermont.gov/statutes/chapter/18/231>. Vous pouvez obtenir les formulaires dont vous avez besoin ou plus d'informations en vous rendant sur les sites listés, en parlant à votre prestataire ou en appelant le Customer Support Center.

## Le Don D' Organe

Vous pourriez être intéressé par faire don de vos organes en cas de décès. Un donneur peut aider plusieurs personnes. Si vous voulez en savoir plus, appeler le 1-888-ASK-HRSA pour des informations gratuites.

## Pour partager des informations avec votre Prestataire de Soins Primaire (PCP)

Pour aider votre PCP, assurez-vous de recevoir les soins médicaux que vous devriez avoir, votre nom peut être sur une liste que nous lui faisons parvenir. Certaines de ces listes traitent les sujets suivants :

- Les patients qui sont atteints de diabète et qui ne se sont pas fait examiner les yeux pendant l'année écoulée,
- Les femmes qui n'ont pas fait de test de pap ou de mammographie récemment,
- Les enfants qui ne sont pas à jour sur leurs vaccinations,
- Les médicaments que prennent les patients afin d'aider à éviter les mauvaises réactions des médicaments qui ne se mélangent pas, et
- Les enfants qui sont en retard sur leurs examens de routine.

## Avis de Pratiques de Confidentialité

Lorsque nous avons déterminé que vous étiez éligible pour nos programmes, vous avez reçu une lettre vous signifiant que vous étiez éligible avec une copie de votre avis de pratiques de confidentialité. La loi fédérale, the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), exige que nous vous donnions l'avis. L'avis vous fait savoir vos droits à la confidentialité et comment vous pouvez utiliser ou partager les informations sur votre santé. Si vous avez besoin d'une autre copie de l'avis, vous pouvez appeler le Centre d'Assistance aux Clients et demander une copie. Cet avis peut être visualisé électroniquement en se rendant sur le site [www.humanservices.vermont.gov/privacy-documents](http://www.humanservices.vermont.gov/privacy-documents).

Si vous sentez que vos droits à la confidentialité ont été violés, veuillez contacter le AHS Privacy Officer au 802-241-2234 ou rendez-vous sur le site [www.humanservices.vermont.gov/policy-legislation/hipaa/hipaa-info-beneficiaries/health-information-complaints/](http://www.humanservices.vermont.gov/policy-legislation/hipaa/hipaa-info-beneficiaries/health-information-complaints/).

## Le Programme d' Assurance qualité

Green Mountain Care a un programme de d'assurance qualité pour s'assurer que vous recevez des soins de santé de qualité de vos prestataires et un bon service de votre programme de santé. Certains des éléments que nous regardons pour nous aider à mesurer la qualité des soins de santé sont :

- La quantité des médicaments utilisés par les patients,
- Le nombre de patients qui reçoivent des soins préventifs de routine,
- Le nombre de membres qui utilisent les salles d'urgence lorsqu'ils n'ont pas d'urgence,
- Comment les prestataires de soins physiques et de soins mentaux coordonnent les soins, et
- A quel point les membres et les prestataires sont satisfaits de nos programmes.

Nous avons adopté les directives de meilleur pratiques cliniques pour certaines maladies chroniques que nous encourageons les prestataires à suivre afin d'améliorer les résultats de santé.

Si vous aimeriez suggérer des moyens pour améliorer nos programmes et et rendre le votre mieux pour vous, appelez le Centre d'Assistance aux Clients. Vos commentaires feront partie de nos révisions de l'assurance qualité.

Vous pouvez obtenir des informations sur la qualité des soins dispensés par les hopitaux, les hospices, les prestataires de soins de santé à domicile ou une copie des directives de meilleurs pratiques cliniques en vous rendant sur le site

[www.greenmountaincare.org/member\\_information/other\\_resources](http://www.greenmountaincare.org/member_information/other_resources) ou en appelant le Centre d'Assistance aux Clients.

## Lorsque Vous êtes en désaccord avec une Action

Une « action » est l'une de ce qui suit:

- Le refus ou la limitation d'un service couvert ou d'éligibilité à un service, y compris le type, le champ d'action ou le niveau du service ;
- La réduction, la suspension ou l'annulation d'un service ou régime approuvé auparavant ;
- Le refus de tout ou une partie du paiement d'un service couvert ;
- L'incapacité d'un prestataire à fournir un service couvert cliniquement indiqué ;
- L'incapacité d'agir à temps quand cela est requis par une loi de l'état ;
- Le rejet de votre demande afin d'obtenir des services couverts de la part d'un prestataire qui ne fait partie de Medicaid (notez que le prestataire qui ne fait pas partie de Medicaid ne peut pas être remboursé par Medicaid).

Si vous n'êtes pas d'accord avec une action, vous pouvez demander la révision de cette action. Si le Department of Vermont Health Access a pris une décision vous pouvez demander au Centre d'Assistance aux Clients pour votre appel ou audience équitable (décrit ci-dessous) en appelant le 1-800-250-8427, ou en écrivant à l'adresse ci-dessous. Vous pouvez aussi obtenir des informations concernant les Appels et les Audiences Équitables sur le site [http://www.greenmountaincare.org/member\\_information/appeals](http://www.greenmountaincare.org/member_information/appeals)

Vermont Health Connect & Green Mountain Care  
Customer Support Center  
101 Cherry Street, Suite 320  
Burlington, VT 05401

## **Faire Appel**

### **Pensez-vous que notre Décision est Mauvaise? La Première Etape consiste à faire une Requête pour un Appel Interne.**

Un appel est un moyen de régler les problèmes. Une personne au DVHA qui n'a pas pris part à la première décision va examiner votre cas et vous faire connaître la décision qui a été prise. Ceci se nomme un "appel interne". Dans la plupart des cas, vous devez passer par cette étape avant de demander une Audience Equitable de l'Etat.

Vous avez 60 jours pour faire appel. Les 60 jours commencent à partir de la date à laquelle le DVHA vous a expédié l'avis de décision. Votre prestataire peut faire appel à votre place. Vous pouvez faire appel par écrit ou par téléphone.

Il y a deux façons de faire appel:

1. Appeler le Customer Support Center au 1-800-250-8427
2. Expédier une lettre à:

Vermont Health Connect & Green Mountain Care  
Customer Support Center  
101 Cherry Street, Suite 320  
Burlington, VT 05401

**Avons- nous interrompu les avantages que vous recevez déjà?** Vous pouvez conserver vos avantages pendant l'appel interne, mais vous n'avez que 11 jours pour en faire la demande. Les 11 jours commencent à partir de la date à laquelle DVHA vous a fait parvenir l'avis. Pour continuer à recevoir les avantages appelez le Customer Services Support Center au 1-800-250-8427.

que se passe- t-il au cours de l'appel interne ? Le DVHA va organiser une autre réunion pour réexaminer la décision. Vous pouvez y prendre part. Vous pouvez parler pour même ou vous faire représenter. Votre prestataire peut parler à votre place ou faire parvenir les informations au DVHA. Avez-vous besoin d'aide? Vous pouvez obtenir des conseils gratuits du Legal Aid's Office of the Health Advocate au 1-800-917-7787 ou <https://vtlawhelp.org/appeals-0>

Le DVHA doit prendre une décision sur votre appel dans 30 jours. Un Appel peut parfois durer plus longtemps. Le DVHA peut prendre 14 jours en plus, mais seulement si cela peut vous aider (par exemple votre prestataire a besoin de plus de temps pour envoyer les informations ou vous n'arrivez pas à vous rendre à une réunion ou rendez-vous dans le temps fixé à l'origine). Il faudra au plus 44 jours pour qu'une décision soit prise.

Vous faut-il une décision plus rapide de la part du DVHA? Faites-nous savoir si une attente plus longue pourrait sérieusement affecter votre santé ou votre vie. Si le DVHA décide que vous méritez un appel plus rapide (appelé **“expedited appeal”**), vous aurez une décision dans les 72 heures. Le DVHA peut prendre plus longtemps si cela peut vous aider. Le plus de temps qu'un appel rapide peut prendre est de 17 jours.

Et si vous n'êtes pas d'accord avec la décision de l'appel interne? Vous pouvez faire une requête pour une Audience Equitable de l'Etat. Voir les informations ci-dessous.

### **Vous n'êtes pas d'accord avec la décision de l'Appel interne? Vous pouvez demander une Audience Equitable de l'Etat.**

Un conseiller-auditeur au Human Services Board va entendre votre cas. Ils vont décider si le DVHA a pris la bonne décision.

Dans la plupart des cas, vous devez terminer la procédure de l'appel interne du DVHA avant de faire une requête pour l'Audience Equitable de l'Etat (appelé “épuisement”). Mais si le DVHA ne prend pas de décision sur votre appel interne à la date du délai fixé, vous pouvez demander une Audience Equitable de l'Etat sans attendre de décision.

Vous avez 120 jours pour demander une Audience Equitable de l'Etat. Les 120 jours commencent à la date sur la lettre de la décision de l'appel interne.

Il existe deux façons de demander une Audience Equitable de l'Etat:

1. Appeler le Centre d'Assistance aux Clients au 1-800-250-8427 ou appelez le Human Services Board au 802-828-2536
2. Envoyer une lettre à:

Avons- nous interrompu les avantages qui vous sont déjà accordés? Vous pouvez conserver vos avantages pendant l'Audience Equitable de l'Etat. Vous devez en faire la demande dans 11 jours. Les 11 jours commencent à partir de la date à laquelle la DVHA vous a fait parvenir votre décision. Pour continuer à recevoir vos avantages, appelez le Centre d'Assistance aux Clients au 1-800-250-8427.

Ce qui se passe à l'audience Equitable de l'Etat. Le conseiller auditeur de la Commission des Services Sociaux va organiser une réunion pour réexaminer la décision. Vous pouvez y prendre part. Vous pouvez parler pour même ou vous faire représenter. Votre prestataire peut parler à votre place ou faire parvenir les informations au conseiller-auditeur.. Avez-vous besoin d'aide? Vous pouvez obtenir des conseils gratuits du Legal Aid's Office of the Health Advocate au 1-800-917-7787 ou sur le site <https://vtlawhelp.org/fair-hearing-how-prepare-what-expect>

Le Human Services Board doit prendre une décision sur votre cas en 90 jours à partir de la date fixé pour l'appel.

Vous faut-t-il une décision plus rapide de la part du conseiller auditeur? Faites-nous savoir si une attente plus longue pourrait sérieusement affecter votre santé ou votre vie. Si vous méritez un appel plus rapide (appelé **“expedited State fair Hearing”**), vous aurez une décision dans les 3 jours.

## **Poursuite des Avantage de Soins de Santé**

**Nous vous avons fait savoir plus haut, que vous pouvez conserver vos même avantages pendant l'appel interne et la procédure du State Fair Hearing si vous en faites la demande dans les 11 jours.**

### **Ce qu'il faut savoir sur la poursuite des avantages:**

- Si vous avez payé pour vos avantages, vous serez remboursé du montant que vous avez payé si l'appel ou l'audience est en votre faveur.
- Si l'état a payé pour continuer les avantages et le refus est maintenu, vous pourriez payer les montants de tous les avantages que vous avez perçus au cours de l'appel.
- Vous pouvez demander pour la poursuite des avantages au même moment où vous faites la requête pour l'appel ou le Fair Hearing.
- Le service ne peut pas continuer si votre appel ou audience concerne un avantage qui a pris fin ou a été réduit à cause d'un changement dans la loi fédérale ou de l'état.
- Si votre Audience Equitable concerne votre prime, vous devez payer votre prime à la date d'échéance de la prime sous peine de voir votre couverture suspendue. Vous serez remboursé du montant que vous aurez payé en trop si l'appel ou l'audience est en votre faveur.

## **Les Griefs**

Un grief est une plainte concernant des éléments autres que des actions, tels que le lieu ou la convenance de vous rendre chez votre prestataire de soins, la qualité des soins dispensés, ou lorsque vous êtes affecté de façon négative dans l'exercice de vos droits. Vous pouvez porter plainte à tout moment. Si vous n'arrivez pas à régler vos différents avec votre prestataire, vous pouvez porter plainte en appelant le Centre d'Assistance aux Clients ou le département qui est responsable du prestataire ou de la qualité du service. Ce département vous fera parvenir une lettre vous signifiant comment le litige sera réglé dans les 90 jours.

Si vous portez plainte et que vous n'êtes pas satisfait du traitement de la plainte, vous pouvez demander une révision de la Plainte. Une personne neutre va réviser votre Plainte pour s'assurer que la Plainte a été traitée de façon équitable. Vous recevrez une lettre avec les résultats de la révision.

Ni vous ni votre prestataire ferez l'objet de rétribution ou de représailles pour avoir porté une plainte ou fait appel à Green Mountain Care. Si vous avez besoin d'aide pour les procédures de la plainte ou de l'appel, les employés, membres de Green Mountain Care peuvent vous aider. Il suffit de demander. Vous pouvez demander à un membre de votre

famille ou à un ami ou toute autre personne (tel qu'un prestataire) de vous aider à faire appel ou demander une Audience Equitable ou porter plainte. Il vous faudra porter à la connaissance de l'état que vous voulez que cette personne agisse en votre nom. Cette personne peut aussi vous représenter pendant la procédure. Si vous ne savez pas ce qu'il faut faire pour toutes ces requêtes, ou pour recevoir une aide concernant toutes ces étapes, veuillez appeler le Centre d'Assistance aux Clients au 1-800-250-8427. Vous pouvez aussi contacter le Bureau de Promoteurs des Soins de Santé au 1-800-917-7787 visitez le site [vtlawhelp.org/health](http://vtlawhelp.org/health) for help.

## Besoin d'Aide?

### Le Centre d' Assistance aux Clients de Vermont Health Connect & Green Mountain Care

Le Centre d'Assistance aux Clients du Vermont Health Connect & Green Mountain Care existe pour vous venir en aide. Ils peuvent répondre à vos questions sur votre programme, vous aider à choisir ou changer votre PCP, et vous aider si vous avez des problèmes à obtenir des soins de santé.

Les employés du Centre d'Assistance aux Clients sont disponibles de 8:00 heures à 17 heures., du lundi au vendredi (fermé les jours fériés) au 1-800-250-8427 ou TDD 1-888-834-7898.

#### **Rapporter les changements 10 jours après le changement:**

- Les changements dans votre revenu ou votre ménage,
- Prendre les changements en charge,
- La naissance ou l'adoption d'enfants,
- Les décès, et
- Les autres assurances maladie que vous avez.

### Le Bureau des Promoteurs de Soins de Santé (HCA)

Le Bureau est disponible pour vous aider avec vos questions concernant vos problèmes de santé et vos avantages. Le Bureau des Promoteurs de Soins de Santé peut aussi vous aider concernant vos plaintes, appels et audiences équitables. Vous pouvez appelez le bureau du HCA au 1-800-917-7787.

## Informations Complémentaires

Nous avons le plaisir de fournir des informations aux membres concernant nos programmes, services et prestataires. En plus de ce que vous trouvez dans le livret, vous pouvez aussi obtenir des informations tels que :

- Une liste de prestataires dans votre voisinage qui font partie de nos programmes,
- Les règles et réglementations des programmes,
- Notre plan d'amélioration de la qualité, et
- Plus d'informations détaillées sur les services couverts.

Vous pouvez aussi obtenir des informations sur l'éligibilité aux programmes et les avantages sur le web sur le site [www.greenmountaincare.org](http://www.greenmountaincare.org).

## Les Autres Programmes

Il existe d'autres programmes et services disponibles pour les enfants, les adultes et les familles. Le transport vers ces services peut être disponible selon le programme auquel vous avez souscrit. Pour plus d'informations sur l'éligibilité au transport, appelez le Centre d'Assistance aux Clients de ces programmes. Certains de ces programmes ont des conditions d'éligibilité complémentaires. Si vous avez des questions ou voulez savoir si vous êtes éligible, appelez le numéro du programme spécifique listé ci-dessous.

### Les services de Jour pour Adultes

Les Services de Jour pour Adultes fournissent une gamme de services pour aider les adultes plus âgés et les adultes handicapés à demeurer aussi indépendants que possible dans leurs domiciles. Les Services de Jour pour les Adultes sont fournis dans des centres communautaires, non résidentiels qui créent un environnement de soutien sûr, dans lequel les personnes peuvent avoir accès à la fois aux services de santé et sociaux. Pour plus d'informations, appelez, la Division of Disability and Aging Services (DDAS) au 802-871-3217 rendez-vous sur le site [www.ddas.vermont.gov](http://www.ddas.vermont.gov).

### Le programme des Services d'auxiliaires

Ce programme supporte la vie indépendante d'adultes handicapés qui ont besoin d'une assistance physique avec des activités journalières. Les participants aux programmes embauchent, forment, supervisent et programment leur auxiliaires de soins personnels. Pour plus d'informations, appelez la Division of Disability and Aging Services (DDAS) au 802-871-3043 ou rendez-vous sur le site [www.ddas.vermont.gov](http://www.ddas.vermont.gov).

### Les Services Intégré pour Enfants (CIS)

CIS est une ressource pour les femmes enceintes ou postpartum et les familles avec des enfants de la naissance à l'âge de six ans. Des équipes ont une expertise en assistance sociale et soutien aux familles; santé maternelle/infantile et soins ; développement de l'enfant ; l'intervention précoce ; la petite enfance et la santé mentale de la famille ; soins de l'enfant ; et d'autres spécialités (e.g., la nutrition, la thérapie de la parole et du langage). Pour plus d'informations, contacter le Department for Children and Families Child Development Division au 1-800-649-2642.

### Les Services Intégrés pour Enfants- Intervention Précoce (CIS-EI)

Ceci est un programme spécial pour les enfants âgés de moins de 3 ans qui sont handicapés et ont des retards de développement. Il fournit aux nourrissons, aux tout-petits et aux familles

des services d'interventions précoces. Pour plus d'informations, appelez le Vermont Family Network au 1-800-800-4005.

### **Les Services de soins Personnels pour Enfants**

Les services de soins personnels pour enfants est un service de soins directs au sein du Children with Special Health Needs (CSHN) – c'est un service de Medicaid disponible pour les individus âgés de moins de 21 ans qui sont handicapés à long terme ou ont une condition de santé qui impacte de façon significative leur développement et capacité selon leur âge, dans la poursuite de leurs activités quotidiennes (ADL). Le but de Children's Personal Care Services (CPCS) est de fournir une assistance complémentaire avec des soins personnels pour l'enfant. Pour plus d'informations, contacter l'Administrateur au 802-865-1395 ou le spécialiste au 802-951-5169 ou rendez-vous sur le site [www.healthvermont.gov/family/chindrenpersonalcareservices.aspx](http://www.healthvermont.gov/family/chindrenpersonalcareservices.aspx)

### **Les Cliniques pour les Enfants avec des Besoins spéciaux en Soins de Santé (CSHN)**

Ce programme offre des cliniques et des services de coordination pour des enfants qui ont des besoins spéciaux de soins de santé. Ils viennent aussi en aide pour des coûts de soins de santé qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie ou Dr. Dynasaur. Appelez le Vermont Department of Health au 1-800-464-4343 ou rendez-vous sur le site [www.healthvermont.gov](http://www.healthvermont.gov).

### **Les Choix de Soins**

Choices for Care est un programme de soins à long terme pour prendre en charge les soins et le soutien aux Vermonters âgés et les personnes handicapées. Le programme apporte une assistance aux personnes quant à leurs activités quotidiennes à domicile, dans un environnement résidentiel de soins améliorés ou dans un hospice. Les prestataires sont des Adult Day Centers, Area Agencies on Aging, Assisted Living Residences, Home Health Agencies, Nursing Facilities, et Residential Care Homes. Pour plus d'informations, appelez le Senior Help Line au 1-800-642-5119 ou rendez-vous sur le site <http://www.ddas.vermont.gov/ddas-programs/programs-cfc/>.

### **Les Services de Déficience Développementale**

Les services de déficience développementale aident les individus qui ont une déficience développementale de tout âge à vivre à domicile avec leurs familles. Les services comprennent la gestion des cas, les services d'emploi, les supports communautaires et les services de répit. Les prestataires doivent être des prestataires de services développementaux ou des Organisations de Services Intermédiaires pour les personnes qui gèrent-elles même des services. Pour plus d'informations, appelez la Division of Disability and Aging Services (DDAS) au 802-871-3064 rendez-vous sur [www.ddas.vermont.gov](http://www.ddas.vermont.gov).

Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment (EPSDT)

### **Programme d' assistance financière**

Un programme volontaire qui peut aider les familles à faire face aux coûts des soins de santé de leurs enfants lorsque les services ont été prescrits ou pré-autorisés à travers un programme clinique du CSHN. Appelez le Vermont Department of Health au 1-800-464-4343 ou rendez-vous sur le site [www.healthvermont.gov](http://www.healthvermont.gov).

### **Le Financement Souple pour les Familles**

Financement de la famille flexible est pour les personnes de tout âge ayant une déficience développementale vivant avec leurs familles, ou pour les familles qui vivent avec et supportent un membre de la famille qui a une déficience développementale. Le programme reconnaît les familles en qualité de donneurs de soins, qui offrent le domicile le plus naturel et accueillant possible pour les enfants et plusieurs adultes ayant une déficience développementale. Les fonds offerts peuvent être utilisés à la discrétion de la famille pour les services et les soutiens au bénéfice de l'individu et de la famille. Les prestataires de services sont des prestataires de services développementaux (Designated Agencies). Pour plus d'informations, appelez la Division of Disability and Aging Services (DDAS) au 802-786-5081 ou rendez-vous sur le site [www.ddas.vermont.gov](http://www.ddas.vermont.gov).

### **Le Recours à la Technologie pour les soins à Domicile**

Ceci est un programme de soins à domicile pour les personnes qui sont dépendantes de la technologie pour survivre et qui ont des besoins médicaux complexes. Les objectifs sont de soutenir la transition des soins hospitaliers ou d'autres institutions à des soins à domicile et d'empêcher un internement en institution. Pour plus d'informations pour les personnes de plus de 21 ans, appelez la Division of Disability and Aging Services (DDAS)/Clinical Services Unit au 802-871-3044 rendez vous sur le site [www.ddas.vermont.gov](http://www.ddas.vermont.gov).

The Pediatric High Technology Home Care Program est supervisé par le Children with Special Health Needs pour les individus de moins de 21 ans. Pour plus d'informations, contacter le Pediatric High Technology Home Care Nurse Manager au 802-865-1327 ou rendez-vous sur <http://healthvermont.gov/family/cshn/pedihitech.aspx>.

### **Les Services d' Aide à Domicile**

The Vermont Homemaker Program aide les personnes âgées de 18 ans et plus avec des déficiences et qui ont des besoins personnels ou des travaux domestiques, à vivre à domicile. Les services comprennent les courses en magasins, le nettoyage et la lessive. Les services aident les personnes à vivre de façon indépendante dans un environnement sain et sécurisé. Les prestataires sont des Home Health Agencies. Pour plus d'informations,

appelez la Division of Disability and Aging Services (DDAS)/Individual Supports Unit au 802-871-3069 rendez-vous sur le site [www.ddas.vermont.gov](http://www.ddas.vermont.gov).

### **Les Cliniques Spéciales**

Ce sont des cliniques pédiatriques multidisciplinaires, gérées par ou animées par le personnel des hospices, et de l'assistance sociale qui créent un système de services de soins coordonnés directs, complets, centrés autour de la famille. Ces cliniques se spécialisent en Cardiologie; le Développement de l'Enfant; Cranio-faciale/Fente labiale palatale ; Fibrose kystique ; Epilepsie/Neurologie ; La Main ; Polyarthrite rhumatoïde juvénile ; Métabolisme ; Myelomeningocèle ; Dystrophie Musculaire ; Orthopédie ; Rhizotomie et autres conditions. Appeler le Vermont Department of Health au 1-800-464-4343 rendez-vous sur le site [www.healthvermont.gov](http://www.healthvermont.gov).

### **Les Services Spéciaux**

Les infirmiers (res) du CSHN ou les assistants sociaux médicaux qui sont basés dans les bureaux des districts régionaux du Département de la Santé offrent une assistance à laquelle vous avez accès et une coordination de soins de santé spécialisés qui ne sont pas disponibles dans les cliniques de services directs du CSHN. Appelez le Vermont Department of Health au 1-800-464-4343 ou rendez-vous sur le site [www.healthvermont.gov](http://www.healthvermont.gov).

### **Le Programme de Détection et d' Intervention Auditive Précoce du Vermont**

Les Audiologistes offrent des services de dépistage et de diagnostique pour les enfants dans 12 sites dans tout l'Etat. Pour plus d'informations sur tous ces programmes, appelez le 1-800-537-0076 ou rendez-vous sur le site <http://healthvermont.gov/family/hearing/>.

### **La Santé Mentale**

L'Etat du Vermont passe des contrats avec des agences désignées dans tout l'Etat pour offrir toute une gamme de services de soins de santé mentale à des individus et des familles qui souffrent de grandes difficultés émotionnelles, de maladies mentales, ou de désordres de comportements assez sévères pour perturber leurs vies. Les services varient d'agence en agence, mais les programmes de base sont disponibles dans toutes les agences désignées. Les coordonateurs d'accueil sur chaque site travaillent avec les individus pour déterminer les programmes et les services dont l'individu a besoin. En plus, Les agences désignées offrent l'accès, quand le besoin se fait sentir, à plusieurs services dans tout l'Etat pour des soins intensifs en résidence, urgence ou des lits d'hôpitaux mis à disposition et comme patients internes dans des hopitaux. Pour contacter le Department of Mental Health, appeler le 1-888-212-4677 ou 802-828-3824 ou visitez le site [www.mentalhealth.vermont.gov](http://www.mentalhealth.vermont.gov).

### **Les Services pour Consultations Externes**

Ce programme offre des services qui varient d'agence en agence, et les listes d'attente sont communes. Les services comprennent l'évaluation, l'assistance conseil, les ordonnances et le suivie des médicaments, aussi bien que des services pour les individus de 60 ans et plus avec de besoins de soins de santé mentale. Certains sont disponibles chez des prestataires privés, et certaines

personnes peuvent leur être recommandées.

### **Les Services pour Enfants, Adolescent, et Familles**

Ce programme offre des services de traitements et de soutiens aux familles afin que les enfants et les adolescents avec des problèmes de santé mentale puissent vivre, apprendre et grandir en bonne santé dans leurs écoles et communautés. Ces services comprennent le dépistage, les services de prévention, les soutiens sociaux, le traitement, l'assistance conseil et la réponse aux crises.

### **La réhabilitation communautaire et le traitement**

Ce programme offre des services de santé mentale au sein de la communauté pour permettre aux individus de vivre avec le maximum d'indépendance dans leurs communautés parmi leurs familles, amis et voisins. Les services complets de CRT sont seulement disponibles pour les adultes avec des maladies mentales sévères et persistantes avec des diagnostics qualifiés qui répondent au critère d'éligibilité complémentaire comprenant des services d'utilisation, l'historique d'hospitalisation, la sévérité de la maladie et les détériorations fonctionnelles.

### **Les Services d'Urgence**

Ce programme offre des services d'urgence pour maladies mentales vingt quatre heures par jour, sept jours par semaine aux individus, organisations et communautés. Les services d'urgence comprennent le soutien téléphonique, les évaluations en personne, les recommandations et les consultations.

## **Le programme de Lésions cérébrale traumatique**

Ce programme assiste les ressortissants du Vermont âgés de 12 ans ou plus diagnostiqués avec une lésion cérébrale sévère ou modérée. Il replace ou retourne les individus des hôpitaux et des institutions à un environnement communautaire. Ceci est un programme basé sur la réhabilitation et le choix visant à soutenir les individus à atteindre leur indépendance optimale et les aider à retourner au travail. Pour plus d'informations, appelez la Division of Disability and Aging Services (DDAS)/Individual Supports Unit au 802-871-3069 ou rendez-vous sur le site [www.ddas.vermont.gov](http://www.ddas.vermont.gov).

## **Le Programme pour Femmes, Nourrissons et Enfants (WIC)**

WIC est un programme qui aide les mères et les jeunes enfants à bien manger et rester en bonne santé en leur donnant des informations et des produits alimentaires. Vous pouvez vous rendre à l'un des 62 sites dans l'Etat pour savoir si vous êtes éligible. Les avantages comprennent un bulletin sur la nutrition, des leçons de cuisine, des tickets de rationnement de la ferme directement aux familles aussi bien que des paquets de nourriture individuels. Pour plus d'informations, appelez le Vermont Department of Health Office; 1-800-649-4357, ou rendez-vous sur le site [www.healthvermont.gov](http://www.healthvermont.gov)

Plus d'informations sur les ressources dans votre communauté disponible sur [www.vermont211.org](http://www.vermont211.org).

**Attention! Si vous avez besoin d'informations dans votre langue, appelez le 1-800-250-8427**

Attention! Si vous avez besoin d'assistance dans votre langue, appelez le 1-800-250-8427

¡Atención! Si necesita ayuda en su idioma, por favor llame al 1-800-250-8427

Pažnja! Ako vam je potrebna pomoć na vašem jeziku, pozovite 1-800-250-8427

သတိပြုရန်! မိတ်ဆွေသည် သင့်ဘာသာစကားဖြင့် အကူအညီ လိုပါက၊  
ကျေးဇူးပြုပြီး 1-800-250-8427 ကိုခေါ်ပါ။

Ogow! Haddii aad u baahan tahay in lagugu caawiyo luqaddada, fadlan wac 1-800-250-8427

Muhimu! Kama wahitajiusaidizikwalughayako, tafadhalipigasimu 1-800-250-8427

ध्यान दिनुहोस्! तपाईंलाई आफ्नो भाषामा मद्दत चाहिएको छ भने कृपया  
1-800-250-8427-मा फोन गर्नुहोस्।